

Consulta de enfermagem e diabetes: processo educativo e transformador para os cuidados primários de saúde*

Silvana de Oliveira Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-1016-0062>

Andréa Carvalho Araújo Moreira^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro^{2,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-9117-5847>

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini²

 <https://orcid.org/0000-0002-3604-2507>

Teresinha Heck Weiller²

 <https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

Maria Denise Schimith²

 <https://orcid.org/0000-0002-4867-4990>

Destaques: (1) A Consulta de Enfermagem às pessoas com DM pelos enfermeiros foram constituídas por elementos que se aproximam e se distanciam do MACC. (2) Aproximação com o MACC: o vínculo, a responsabilização, o cuidado longitudinal, e a abordagem social e familiar. (3) Distanciaram do MACC: compreensão limitada do modelo, postura profissional de culpabilização do usuário e das fragilidades do processo de enfermagem. (4) A consulta de enfermagem foi aprimorada por meio da participação ativa do enfermeiro em um processo educativo, reflexivo e dialógico.

Objetivo: analisar os elementos constitutivos que embasam a consulta de enfermagem com pessoas que têm diabetes *mellitus*, e desenvolver um processo educativo fundamentado nos pressupostos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e mediado por um processo reflexivo-dialógico com enfermeiros(as), visando à melhoria da qualidade da prática na Estratégia Saúde da Família. **Método:** pesquisa convergente assistencial realizada com 12 enfermeiros. Utilizou-se observação participante, entrevista individual semiestruturada e grupos de convergência para a coleta de dados, que foram tratados pela análise participativa, com abordagem interpretativa. **Resultados:** aproximaram-se do Modelo de Atenção proposto a promoção do autocuidado, o estabelecimento de vínculo profissional-usuário e o apoio a mudanças de hábitos das pessoas com diabetes. Por outro lado, atitudes, valores e conhecimentos que fragilizam o cuidado foram identificados como distantes. Constituíram-se pontos de convergência para a melhoria da qualidade da consulta o aprofundamento teórico e prático do modelo de atenção, diabetes, o enfrentamento da sobrecarga de trabalho, e a implantação de um guia e de um protocolo para o desenvolvimento da consulta de enfermagem. Constatou-se também o fortalecimento da autonomia dos enfermeiros, o despertar do pensamento crítico, e a busca pelo aperfeiçoamento e ressignificação da relação com o usuário. **Conclusão:** a consulta de enfermagem foi aprimorada a partir da participação ativa dos enfermeiros em um processo educativo, reflexivo e dialógico.

Descritores: Processo de Enfermagem; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Modelo de Assistência à Saúde; Doença Crônica; Aprendizagem Baseada em Problema.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família com pessoas que têm diabetes Mellitus: construção participativa", apresentada à Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

¹ Prefeitura Municipal de Santiago, Secretaria Municipal de Saúde, Santiago, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

³ Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, CE, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Silva SO, Moreira ACA, Centenaro APFC, Girardon-Perlini NMO, Weiller TH, Schimith MD. Nursing consultation and diabetes: an educational and transformative process for primary health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4464 [cited _____. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7546.4464>

Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica não transmissível que causou a morte de aproximadamente 2 milhões de pessoas em todo o mundo, em 2019. No período de 2000 a 2019, o DM registrou um aumento global de 3% no número de mortes, e, nas Américas, ultrapassou o acidente vascular cerebral para a medida de anos de vida ajustados por incapacidade, ocupando assim o segundo lugar⁽¹⁾.

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), a prevalência da doença para países de baixa renda é de 5,5%⁽²⁾. No Brasil, identificou-se uma incidência de 8,6%, sendo que 68,2% da população tem conhecimento do seu diagnóstico, 92,2% dos que têm conhecimento do seu diagnóstico realizam tratamento medicamentoso, e desses, apenas 35,8% apresentam níveis de hemoglobina glicada controlados⁽³⁾.

Assim, é fundamental ter a atenção direcionada aos danos atuais e futuros dessa doença, a fim de tencionar a implantação de políticas públicas eficazes, pois a maioria dos países pouco progrediu no cumprimento da meta 3.4 de Desenvolvimento Sustentável, que prevê uma redução de um terço na mortalidade prematura por doenças não transmissíveis entre 2015 e 2030. Nesse contexto, o rastreio e o tratamento do DM são intervenções de alta prioridade para reduzir a mortalidade por doenças crônicas⁽⁴⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, organizada em nível nacional por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada preferencial da pessoa com DM no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades em saúde, incluindo o acompanhamento longitudinal e continuado⁽⁵⁾. Os tratamentos para DM baseiam-se em abordagens não farmacológicas e farmacológicas para o controle glicêmico, que devem ser escolhidas considerando os aspectos biopsicossocioespaciais de cada pessoa, mediante uma relação interpessoal entre profissional e paciente, porque esta influencia diretamente a adesão ao tratamento.

Destarte, o enfermeiro é o profissional de primeiro contato com o paciente, que deve assumir um papel de liderança na detecção, tratamento e reabilitação do diabetes. Cabe também a esse profissional apoiar os esforços de prevenção da doença e de promoção da saúde das pessoas que vivem com diabetes, permitindo-lhes assim participar na tomada de decisões relacionadas ao seu tratamento⁽⁶⁾.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a contribuição da enfermagem para prevenir e gerir o diabetes no sistema de saúde é demonstrada por seis

características: 1) coordenação dos cuidados para garantir que as necessidades de saúde do paciente sejam satisfeitas ao longo do tempo; 2) participação em uma abordagem multidisciplinar de cuidados baseada em uma relação integrada entre profissionais de saúde, permitindo que diferentes profissionais trabalhem em equipe para melhorar a qualidade dos cuidados; 3) mobilização e capacitação da força de trabalho de enfermagem para se especializar em doenças não transmissíveis, visando tratamentos mais eficazes e sustentáveis; 4) melhoria do acesso aos cuidados; 5) empoderamento de indivíduos e da comunidade; e 6) utilização da tecnologia para manter o acesso a serviços de saúde essenciais e reduzir a exposição à COVID-19⁽⁷⁾.

Há esforços de enfermeiros brasileiros em contribuir com a adesão ao tratamento do DM, proporcionando bases científicas para o cuidado de enfermagem, no intuito de direcionar ações que promovam maior adesão ao tratamento com a participação ativa do paciente, reduzindo complicações, hospitalizações e mortalidade⁽⁸⁾. Por outro lado, estudo internacional⁽⁹⁾ apontou que o diabetes ainda não é uma prioridade nos centros primários de saúde. Os enfermeiros explicitaram a importância de trabalhar a prevenção primária do diabetes, priorizando o cuidado das pessoas com pré-diabetes, e apontaram a necessidade do estabelecimento de diretrizes clínicas, apoio nos conhecimentos e habilidades assistenciais, além da implementação de um processo de trabalho interprofissional, aspectos cruciais na atenção à saúde da pessoa com diabetes que toma como fundamento o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O MACC foi proposto por Eugênio Vilaça Mendes para atender às especificidades do sistema público de saúde brasileiro. Tem sua origem no Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) advindo dos Estados Unidos, e incorpora outros dois modelos, o Modelo Pirâmide de Risco (MPR) e o Modelo da Determinação Social da Saúde, para se adaptar às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁰⁾. Trata-se de um instrumento operacional, instituído no Plano Nacional de Enfrentamento das Condições Crônicas para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio até 2030.

A consulta de enfermagem (CE) orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro, direcionando-o para o cuidado à pessoa, família, coletividade e grupos especiais. No contexto da ESF e do cuidado às pessoas com condições crônicas, a CE favorece uma atenção resolutiva, proativa e humanizada, a partir de ações educativas que levam ao empoderamento dos usuários no alcance de metas estabelecidas no processo de cuidar e autocuidado.

Porém, são preocupantes as dificuldades enfrentadas na prática da CE no âmbito da APS, como: tempo escasso,

falta de agilidade para o diagnóstico de enfermagem, problema na interface entre assistência e gerência, e demandas burocráticas excessivas⁽¹¹⁾.

No campo científico, há muito para se investigar sobre a consulta de enfermagem com pessoa com diabetes no contexto da APS, dada a sua relevância, principalmente quando associada aos pressupostos do MACC. São poucos os estudos acerca dessa temática, que assume o compromisso de promover mudanças e/ou inovações na prática assistencial, adotando uma perspectiva constante de construção do pensar e do fazer.

Frente ao exposto, essa pesquisa tem como objetivo analisar os elementos constitutivos - conhecimentos, tecnologias, crenças e valores que embasam a consulta de enfermagem com pessoas que têm diabetes *mellitus*, e desenvolver um processo educativo, fundamentado nos pressupostos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e mediado por um processo reflexivo-dialógico com enfermeiros(as), visando à melhoria da qualidade da prática na Estratégia Saúde da Família.

Método

Tipo de estudo

Pesquisa convergente assistencial (PCA) que tem o intuito de, durante o percurso da pesquisa, promover mudanças e/ou inovações na prática assistencial, baseada na construção contínua do pensar e do fazer⁽¹²⁾. Sua elaboração atendeu às recomendações dos Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa⁽¹³⁾.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um município de médio porte localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul-Brasil, que integra o projeto de Planificação da Atenção à Saúde e tem 11 unidades de ESF, as quais cobrem 86% da população total.

Período

A produção dos dados realizou-se no período de agosto de 2020 a dezembro de 2021, durante o qual a pandemia da COVID-19 assolava o país. Todos os cuidados de prevenção de transmissão foram tomados.

Participantes e critérios de seleção

Foram incluídos enfermeiros(as) que atuavam em ESF e com tempo de experiência em CE junto às pessoas com DM de no mínimo seis meses [conforme artigo 442-

A da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), este é o tempo máximo de experiência que pode ser exigido por empregadores para fins de contratação]. Estabeleceu-se como critério de exclusão: enfermeiros(as) que por algum motivo estivessem afastados(as) do trabalho por mais de 30 dias durante o período de coleta de dados, o que não ocorreu. Deste modo, 12 enfermeiros(as) foram contatados por *e-mail* para reunião de apresentação da proposta e, em sua totalidade, consentiram em participar do estudo.

Coleta de dados

Adotou-se a triangulação de técnicas para a produção de dados: observação participante ativa⁽¹⁴⁾, entrevista semiestruturada⁽¹⁵⁾ e grupos de convergência⁽¹⁶⁾.

O objetivo da observação participante foi captar e registrar os mais variados elementos e impressões sobre a condução da CE com pessoas com DM. Assim, utilizou-se um roteiro pré-estabelecido, que incluiu os seguintes aspectos: relação profissional com o usuário, comunicação, etapas do processo de enfermagem, registro de enfermagem, e ambiente.

A interação da pesquisadora no decurso das observações ocorreu de forma gradual. Durante a CE, buscou manter uma posição mais passiva, interagindo estritamente o necessário. A participação ativa ocorreu majoritariamente após a finalização da consulta, quando, entre um atendimento e outro, dialogava-se sobre o caso e compartilhava-se saberes a partir das percepções da pesquisadora e das dúvidas elencadas pelos participantes.

A interrupção das observações foi estabelecida mediante o critério de saturação teórica⁽¹⁷⁾, que consistiu na compilação individual, buscando identificar se os elementos propostos pelo roteiro foram explorados. Uma vez que todos os elementos foram contemplados, e nenhuma outra nova informação pertinente ao tema do estudo emergiu, encerraram-se as observações. Totalizando 120 horas, e com uma média de 10 horas/participante, os dados produzidos nesta etapa foram registrados em diário de campo e em gravador digital, imediatamente após o seu término, codificados e posteriormente transcritos para o editor de texto *Microsoft Word*.

A entrevista individual semiestruturada foi realizada pela pesquisadora após o alcance da saturação das observações e antes dos grupos de convergência. Para tanto, foram incentivados a falar sobre o cotidiano das CE com pessoas com DM, abordando aspectos como objetivo, o que faz e como faz; sobre o MACC, seus conhecimentos e aplicabilidade no cotidiano; sobre os desafios e as potencialidades para realizar CE com pessoas com DM;

e sugestões para os grupos de convergência. Um teste-piloto foi aplicado, porém não fez parte da amostra de participantes. Realizaram-se 12 entrevistas, agendadas previamente com os(as) participantes, nas unidades de saúde, audiogravadas, com duração média de 40 minutos. Em seguida, um auxiliar de pesquisa capacitado transcreveu o material no editor de texto *Microsoft Word*.

Os dados obtidos por meio destas duas técnicas subsidiaram o Grupo de Convergência (GC), que tem a finalidade de realizar a pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial junto ao coletivo, com foco na educação em saúde ou na prática clínica. Neste espaço, busca-se promover discussões a respeito de determinado tema, foco da pesquisa, em um processo interativo entre participantes e pesquisador, de forma a permitir a dialogicidade⁽¹⁸⁾.

Os encontros sucederam-se conforme cronograma elaborado com os(as) participantes, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, com tempo médio de 2 horas e 30 minutos. Foram audiogravados em gravador digital, e a pesquisadora contou com o auxílio de um assistente de pesquisa, discente do Curso de Mestrado em Enfermagem, que recebeu capacitação e contribuiu ativamente com o planejamento, a execução, a observação e a transcrição.

Para o alcance da coesão, no grupo de convergência percorreu-se um processo de quatro fases, denominado o Processo dos Quatro Erres (R): reconhecimento, revelação, repartir e repensar⁽¹⁶⁾. A fase reconhecimento teve o intuito de possibilitar o primeiro encontro do grupo e estabelecer as relações entre participantes e pesquisadora de maneira que por meio do diálogo participativo ocorresse a coesão do grupo. Esta fase envolveu dois encontros. O primeiro teve como objetivo analisar os conhecimentos dos(as) participantes sobre a CE no que tange à sua finalidade e seus pressupostos. Para isso, foram realizadas atividades em grupo, incluindo a elaboração de cartazes, dramatização e debates. O segundo encontro concentrou-se nos conhecimentos sobre o MACC, com a utilização de palavras-chave e imagens como recursos para promover a interação e o diálogo.

A fase revelação compreendeu o momento em que os(as) participantes se identificaram com seus pares pela experiência em comum com a proposta dos encontros. Esse processo foi desencadeado quando foram incentivados a falar sobre suas vivências com a CE com pessoas com DM e elaborar os conceitos que regem sua prática assistencial.

A fase repartir foi o momento em que o grupo, mediado pela troca de experiências, foi conduzido a tomar decisões compartilhadas com relação ao propósito do encontro. Esta fase teve três encontros e contou com uma

participação mais ativa da pesquisadora. As atividades transcorreram com suporte de leitura, discussão de materiais científicos, dramatizações, estudo de casos e apoio matricial de nutricionista.

A fase repensar se caracterizou pela reflexão do grupo quanto às implicações dos problemas identificados e a possibilidade de transferir o que foi compartilhado e aprendido para o cotidiano dos(as) participantes⁽¹⁶⁾. Esta fase se deu em três momentos, com a utilização de estratégias como: técnica de *Brainstorm*, estudo de casos, dinâmicas de grupo e elaboração do guia para a CE com pessoas que têm DM.

Os encontros grupais foram planejados e desenvolvidos tomando como referência a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, a qual tem sido empregada em estudos nas áreas da educação, saúde e enfermagem. Nesse ponto, a Pesquisa Convergente Assistencial se articula com este referencial, uma vez que tem como alicerce o diálogo crítico libertador, baseado no princípio de que a reflexão crítica conduz à ação (prática), denominada práxis⁽¹⁹⁾.

Análise dos dados

A análise fundamentou-se na pesquisa participativa com abordagem interpretativa, realizada por meio da construção e devolutiva de narrativas⁽²⁰⁾. Baseada nos pressupostos da Teoria Hermenêutica de Gadamer, essa abordagem considera que os atos de interpretação são dialógicos, explorando estratégias participativas e sugerindo algumas mudanças na forma clássica de conduzir as pesquisas. Dentre essas mudanças, duas estratégias são utilizadas: a construção de narrativa e validação, e a produção de consenso participativo⁽²⁰⁾. Desta forma, o participante atua no processo de investigação, o que possibilita a resignificação e a autorreflexão de suas condutas⁽²¹⁾.

No decorrer do processo de transcrição e organização dos dados, foram realizadas diversas leituras em profundidade com o intuito de compreender e explorar novos depoimentos. Assim, foi possível perceber relatos recorrentes, peculiares, divergentes e contradições expressadas que envolviam a prática da CE, e realizar as primeiras inferências e interrogações.

Diante dessas considerações, a análise foi executada da seguinte maneira: após a transcrição de cada uma das entrevistas semiestruturadas (n=12), foi construída uma narrativa. A seguir, a pesquisadora retornou ao campo e fez a leitura da narrativa para cada participante e, por meio do processo dialógico, o(a) participante refletiu sobre a narrativa e teve a oportunidade de contestar ou reforçar e validar. Com os grupos de convergência, do

mesmo modo, foram produzidas nove narrativas, uma de cada encontro, que foram lidas e validadas com os(as) participantes na medida em que ocorriam os encontros. Sempre antes de iniciar o próximo grupo, reforçava-se a possibilidade de coprodução dos(as) participantes.

Como forma de facilitar a organização desses dados e a categorização dos núcleos argumentais, as notas de observação e as narrativas das entrevistas e dos grupos foram inseridas no *NVivo Software* Corporativo. Assim, com o desenvolvimento de 21 narrativas e as notas de observação, foi possível construir e encadear os núcleos argumentais, os quais buscaram responder à questão de pesquisa⁽²⁰⁾.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽²²⁾, além da Resolução nº 510/2016 do Ministério da Saúde, que enfatiza as especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas⁽²³⁾. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob parecer nº 4.209.003. Todos(as) os(as) participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato está garantido com os seguintes códigos: O (Observação) seguido da letra E (enfermeiro), numeral 1 a 12 e data

(dia/mês/ano); NE (Narrativa Enfermeiro) seguido do numeral 1 a 12; NGC (Narrativa Grupo de Convergência) seguido do numeral 1 a 9.

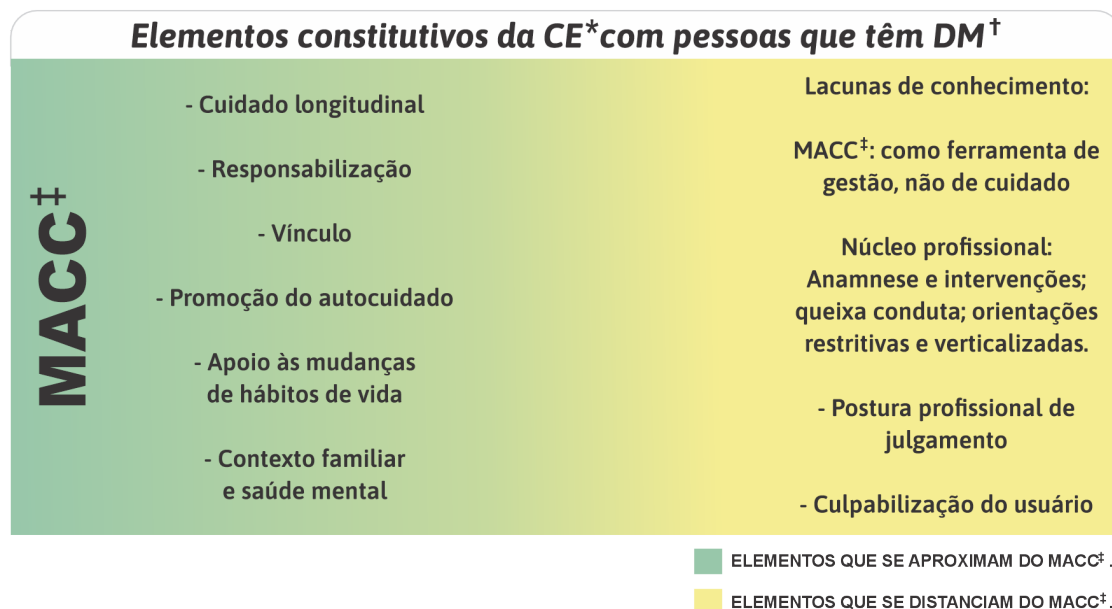
Resultados

Participaram do estudo 12 enfermeiros, em sua maioria mulheres (n=11), com média de idade de 42 anos (mínima de 33 anos e máxima de 51 anos). O tempo médio de formação em Enfermagem foi de 12 anos (mínimo de 5 anos e máximo de 25 anos), e o tempo de atuação na ESF foi, em média, de 7,5 anos, sendo o menor tempo de 6 meses (n=1) e o maior de 11 anos (n=3).

Os resultados serão apresentados por meio dos seguintes núcleos argumentais: Elementos constitutivos da Consulta de Enfermagem com pessoas que têm DM que se aproximam e se distanciam dos pressupostos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas; e Agora faz sentido: a convergência entre a pesquisa e o processo educativo.

Elementos constitutivos da Consulta de Enfermagem com pessoas que têm DM que se aproximam e se distanciam dos pressupostos do MACC

Os elementos da CE com pessoas que têm diabetes na ESF abrangem características que se aproximam e se distanciam do MACC, conforme Figura 1.



*CE = Consulta de enfermagem; †DM = Diabetes mellitus; ‡MACC = Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Figura 1 – Elementos constitutivos da Consulta de Enfermagem com pessoas que têm diabetes mellitus

Os(as) enfermeiros(as) enfrentam alguns desafios para realizar a CE às pessoas com diabetes que perduram há alguns anos, a saber: sobrecarga de trabalho,

inexistência de protocolos de enfermagem e procedimentos operacionais padrão (POPs), e o quantitativo insuficiente de profissionais de enfermagem para suprir as demandas

assistenciais e gerenciais. [...] *Acredito que o que mais limita a assistência ao usuário na consulta é a sobrecarga! Estou aqui para dar assistência ao usuário, só que eu não faço só isso! Tem as questões gerenciais do serviço, a demanda espontânea e administrativa [...]* (NE3). [...] *por várias vezes a enfermeira foi interrompida durante a consulta para resolver questões administrativas do serviço, como solicitar materiais, receber insumo, fazer contato com outro serviço, informar período de férias do agente comunitário; pediu licença e saiu da sala para avaliar lesão na sala de curativos* (NO 08/09/2020). Reconhecemos a necessidade de elaboração e implantação dos POPs e protocolos de enfermagem, porque presenciamos diariamente situações que, se tivéssemos esses instrumentos, teríamos mais autonomia [...] *sem falar que maior qualidade na atenção aos pacientes. Assim nosso tempo seria melhor aproveitado [...]. Por esses motivos, procurando a questão da resolutividade na atenção primária, entendemos que uma das possibilidades são os protocolos, os POPs.* (NGC1). *Mesmo antes da pandemia o quantitativo de profissionais de enfermagem já era insuficiente. Já não estávamos dando conta porque na verdade seria necessária uma enfermeira para a parte assistencial e outra para a gerencial. E nós temos só dois técnicos de enfermagem na equipe, porém, seguidamente tem um que não está, porque ou está em férias, laudo, atestado, folga, ou outra atividade como agora, que está emprestado para outra unidade para dar suporte na vacinação.* (NE10).

Por outro lado, os(as) participantes reconheceram alguns fatores contextuais como meios potencializadores da consulta de enfermagem na ESF para pessoas com diabetes, como o apoio da gestão municipal, rede de

atenção à saúde do município, e compartilhamento do cuidado com o ambulatório de especialidades; o reconhecimento da população do desempenho profissional dos enfermeiros; e o vínculo com os usuários e a relação profissional com o médico da unidade: [...] *me sinto contemplada nessa gestão. Nossas demandas são atendidas; temos horário protegido para reuniões de equipe e capacitações* (NE9). *O que potencializa a consulta é a atenção primária ser muito fortalecida no município.* [...] *Os usuários têm acesso, acolhimento, reconhecem a unidade como porta de entrada e nosso trabalho como enfermeiras [...]* (NE1). *A questão das interconsultas com a médica, pois auxilia na resolutividade* (NE4). [...] *temos o ambulatório especializado para encaminhar os usuários que necessitam de avaliação [...]* e eles sempre nos dão retorno para implementar o cuidado (NGC3). [...] *também dispomos de uma rede de atenção à saúde para os usuários aqui no município, como os laboratórios, centro de referência de assistência social, o núcleo de apoio à saúde da família, nutrição e tudo isso podemos disponibilizar para ele na Consulta, o usuário tem acesso sempre que precisa* (NE7).

Agora faz sentido: a convergência entre a pesquisa e o processo educativo

Da convergência entre a pesquisa e a prática assistencial emergiram as demandas para qualificar a Consulta de Enfermagem na ESF com pessoas que têm DM. O processo educativo desenvolvido no percurso dos grupos de convergência está representado na Figura 2.



*CE = Consulta de enfermagem; [†]MACC = Modelo de Atenção às Condições Crônicas; [‡]DM = Diabetes mellitus

Figura 2 – Pontos de convergência entre pesquisa e prática assistencial

Neste estudo, a troca de conhecimentos entre pesquisadora e participantes subsidia ações concretas de mudanças e movimentos de reflexão-ação que resultaram na

construção coletiva de um guia para a CE com pessoas que têm DM e a implantação de um protocolo de enfermagem. Tais mudanças estão representadas na Figura 3.

Percepção da necessidade de aprofundamento teórico e prático da CE*	<i>[...] Precisamos aprofundar nossos conhecimentos em DM[†] e cuidado com os usuários. Instituir um protocolo de enfermagem e um guia de CE* para nos auxiliar no dia-a-dia e estruturar melhor a CE*, todo o processo, coleta de dados e intervenções em referenciais teóricos (NGC^{‡7}). [...] Nas oficinas de planificação, a forma como o MACC[§] foi apresentado, mais densa, o foco estava na organização da demanda do serviço e não no cuidado em si. Agora faz sentido para nós, conseguimos, com propriedade, dizer em que modelo de saúde atuamos, ou estamos procurando atuar. Agora está explícito qual é o norte (NGC^{‡4}).</i>
Elementos constitutivos da CE* fortalecidos	<i>Todas as ferramentas que vimos, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, o uso das tecnologias, as próprias ferramentas que o sistema de informação oferece que não utilizávamos, não sabíamos da importância e o quanto qualifica a CE* [...] os saberes científicos em relação às definições de enfermagem, pessoa, ambiente, cuidado, saúde; sobre a CIPE que não sabíamos como utilizar, elaborar um diagnóstico. Conhecer e discutir sobre tudo isso e os modelos de atenção à saúde foi essencial nesse momento de mudança (NGC^{‡9}).</i>
Inquietações e desejos para a mudança da prática	<i>Nos vimos em muitos exemplos citados e percebemos que é preciso mudar! Desconstruir os próprios pré-conceitos para transformar nossa prática. Ainda não nos sentimos preparadas, mas percebemos a necessidade de considerar o que a pessoa traz para definir metas com ela (NGC^{‡6}).</i>
Elementos constitutivos da CE* ressignificados	<i>Agora tudo faz sentido! A consulta é com as pessoas que convivem com diabetes. Tivemos que repensar isso, sobre o contexto em que está inserida e nosso papel profissional. A relação com o usuário que a gente não considerava muito! Mas considerar ele como parte do processo de cuidado com diabetes é muito importante. Isso foi ressignificado. Porque a gente achava que o considerava, mas na prática, nossas ações eram prescritivas. Não considerávamos o usuário como ator do processo, suas reais necessidades, a perspectiva dele como o agente de mudança. A nossa prática era assim e foi ressignificada. O trabalho em equipe. Falamos muito sobre isso, "Não é saudável centralizar tudo em nós, isso que causa a sobrecarga", e foi possível ressignificar a importância de trabalhar em equipe [...] (NGC^{‡9}).</i>
Possibilidades de minimizar os desafios	<i>Fazer sem planejar tem sido nossa prática, e percebemos que é necessário instituir a divisão de tarefas, planejar em curto espaço de tempo, analisar a situação. E o dividir, delegar atribuições, irá fazer toda a diferença para alcançar um resultado muito bom e não causar a sobrecarga de trabalho que tanto sentimos. Quanto à comunicação, concluímos que para nós pode estar claro o que queremos, mas para a equipe e o usuário talvez não, e atentar para isso é fundamental (NGC^{‡5}).</i>
Transformações na prática da CE* com as pessoas que têm DM [†]	<i>Nossos encontros têm ajudado bastante! Temos procurado colocar em prática, e a consulta ficou bem melhor! Os usuários se sentem valorizados com as mudanças que temos inserido. A CE* tem outro teor, parece que ficou mais grandiosa para eles [...]. Ter revisitado o conhecimento sobre a alimentação foi fundamental. Um cuidado que muitas vezes nem nós temos, e aqui, um outro desafio, não só a alimentação da pessoa com DM[†], mas uma alimentação saudável para toda a família! (NGC^{‡7}). Depois que passamos a delegar algumas funções para a equipe, percebemos que foi possível nos dedicar mais à CE*. Eu sinto que melhorou (NGC^{‡9}).</i>

*CE = Consulta de enfermagem; †DM = Diabetes mellitus; ‡NGC = Narrativa grupo de convergência; §MACC = Modelo de Atenção às Condições Crônicas;

||CIPE = Classificação internacional das práticas de enfermagem

Figura 3 – Transformações no cotidiano da Consulta de Enfermagem a partir do processo educativo-dialógico

Discussão

As pessoas que vivenciam uma condição crônica como o diabetes requerem um cuidado adequado já no início do diagnóstico, para que experimentem um processo de adaptação favorável à sua nova condição de saúde e mantenham o equilíbrio de seu bem-estar⁽²⁴⁾. Por isso, vários modelos organizacionais são utilizados com o objetivo de educar e apoiar a autogestão de pessoas com doenças crônicas, sendo o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) o mais utilizado, conforme destacado em um estudo de revisão⁽²⁵⁾.

É importante mencionar que o MACC tem seus fundamentos embasados no MCC e, para além de um modelo organizacional, ele incita mudanças de paradigmas na assistência, com vistas à integralidade da atenção, sendo o usuário o centro do cuidado⁽¹⁰⁾. Nesta pesquisa, evidenciaram-se elementos da CE com pessoas com DM que se distanciam dos pressupostos do MACC, na medida em que se observa uma visão hegemônica da relação enfermeiro-paciente, com práticas centradas na doença e curativistas. Pesquisa internacional realizada recentemente explorou as percepções de enfermeiros sobre o cuidado centrado

na família de pessoas adultas com diabetes e, de forma semelhante, o modelo médico dominante ainda é um desafio a ser superado⁽²⁶⁾.

Frente a essa realidade, os enfermeiros brasileiros devem refletir sobre a importância do seu papel ético e político no cuidado às pessoas com doenças crônicas, no cumprimento e fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como na visibilidade da profissão. O modo como os(as) participantes deste estudo compreendem e operacionalizam o MACC se diferencia exponencialmente de outras realidades, a exemplo da Áustria, onde os enfermeiros são reconhecidos pela sua competência e detêm preferência dos usuários para liderar programas/modelos de cuidados crônicos. Isso tem implicações práticas na forma como os modelos de cuidado são dotados de profissionais, e apresenta uma oportunidade para a força de trabalho da enfermagem desempenhar um papel de liderança na prestação de serviços⁽²⁷⁾.

Em Singapura, os usuários em acompanhamento para diabetes no sistema de cuidados primários em saúde que adotam o MCC também relataram satisfação com os cuidados de enfermagem prestados, com a continuidade dos cuidados, e com a abordagem centrada no paciente,

envolvendo o estabelecimento de metas e a resolução de problemas⁽²⁸⁾.

Contudo, os(as) enfermeiros(as) neste estudo identificaram vários desafios para realizar a CE com pessoas que têm DM, relacionados com o processo de trabalho, como sobrecarga, atribuições gerenciais e assistenciais sobrepostas e a necessidade de implantação de protocolos. Para superar tais desafios, enfermeiros bolivianos apontaram necessidades de apoio no cuidado de pessoas com diabetes em nível primário, englobando quatro dimensões: organização dos cuidados e políticas de saúde; reforço nos conhecimentos, habilidades e atitudes da equipe de saúde; capacitação das pessoas que vivem com diabetes e suas famílias; e educação sobre diabetes em nível comunitário⁽²⁹⁾.

Os desafios apontados nesta pesquisa poderão interferir negativamente na qualidade da assistência prestada, e por consequência acarretar dificuldade para o controle metabólico e complicações como o pé diabético e amputações de membros das pessoas com diabetes. Assim, é necessário um gerenciamento multidisciplinar eficaz da condição clínica do diabetes, o que requer a contratação adequada de profissionais de saúde, uma equipe bem definida, adesão a diretrizes baseadas em evidências, uma boa infraestrutura para a coleta de dados e mecanismos para a melhoria de qualidade com base na revisão de dados clínicos⁽³⁰⁾.

Nesta pesquisa, o método PCA possibilitou aos(as) enfermeiros(as) refletir sobre sua prática na CE com pessoas que têm DM e iniciar um processo de mudança. Desta maneira, o reconhecimento por parte dos(as) enfermeiros(as) da necessidade de superar desafios se deu mediante um processo educativo que estimulou a reflexão e a criticidade, tornando-os agentes ativos e transformadores da realidade, o que contribuiu para o estabelecimento de estratégias para minimizá-los. De forma semelhante, estudos realizados com o mesmo método em outras áreas assistenciais também possibilitaram investimento na formação em serviço, visando à qualificação do cuidado de enfermagem⁽³¹⁻³²⁾.

Os(as) participantes da pesquisa ressignificaram a prática da CE com pessoas que têm DM, compreendendo o exercício do(a) enfermeiro(a) como a arte de perceber continuamente e de forma minuciosa as necessidades do ser cuidado, valorizando os aspectos subjetivos, que o permitirá desvelar a pessoa em sua integralidade, resultando na escolha da melhor intervenção para ela⁽¹⁸⁾.

A postura profissional foi percebida como uma necessidade de mudança, sendo ressignificada para um cuidado corresponsável, que os(as) participantes denominaram de "cuidar com o paciente". Evidências científicas apontam que a relação profissional-usuário

centrada, com postura dialógica, que prima pela emancipação do sujeito e por aspectos biopsicossociais para determinar as necessidades de cuidado, potencializa o cuidado com as pessoas que têm DM⁽³³⁻³⁵⁾.

A percepção da necessidade de formação e qualificação profissional foi fundamental. A educação permanente em saúde é parte integrante do processo de trabalho e permite o desenvolvimento de competências e habilidades coerentes com o modelo de atenção preconizado pelo SUS⁽³⁶⁾. Ademais, quando os enfermeiros recebem treinamento e suporte estruturado, e utilizam algoritmos de tratamento e tecnologias, o cuidado de enfermagem torna-se mais eficaz, impactando nos valores de hemoglobina glicada, com reduções de 0,03 a 2%⁽³⁷⁾.

As demandas por aprofundamento teórico do MACC e CE levantadas pelos(as) participantes foram conduzidas de forma a garantir uma aprendizagem significativa baseada na realidade⁽³⁸⁾, gerando satisfação com a metodologia utilizada. Esse tipo de aprendizagem possibilita a melhoria do pensamento crítico, da autonomia, da motivação para aprender, da atitude ativa, da capacidade de trabalhar em equipe e de resolver problemas. Para tanto, concorda-se com a prerrogativa de que os enfermeiros, durante seu processo de formação permanente, podem desenvolver competências para atuar de forma efetiva na APS, refletindo na e sobre a prática e decidindo sobre a necessidade de permanecer em constante formação para lidar com as questões advindas dessa prática⁽³⁹⁾.

Vale destacar a importância dada pelos(as) participantes para as discussões sobre o saber científico da enfermagem, retomando diferenças conceituais de sistematização da assistência de enfermagem e o processo de enfermagem (PE), assim como a utilização de sistemas de linguagens padronizadas, ou seja, saberes e ferramentas que qualificam a CE com pessoas que têm DM. No ano de 2024, foi publicada a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 736, que, em seu Artigo 2º, conceitua e qualifica o PE como um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro para o cuidado, que deve estar fundamentado em suporte teórico, como modelos de cuidado, sistemas de linguagens padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados e protocolos⁽⁴⁰⁾. Deste modo, pode-se inferir que o referido conceito se articula fortemente ao experienciado pelos enfermeiros no decurso do processo educativo-reflexivo.

Neste estudo, foi primordial obter o resultado de que os(as) participantes perceberam que o PE tem como objetivo interferir positivamente na assistência de enfermagem a pessoas que têm DM, pois o direciona ao raciocínio clínico e à prescrição de cuidados de enfermagem, visando a uma maior qualidade da

assistência. Conforme evidenciado em estudo de revisão sistemática, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas que analisem a utilização do processo de enfermagem em contextos de saúde comunitária e saúde pública e, da mesma forma, que avaliem as intervenções de enfermagem e a satisfação da população com o PE⁽⁴¹⁾.

Outro resultado aponta para a revisão da gestão do trabalho, com um desejo manifestado pelos(as) participantes de adotar uma prática de colaboração interprofissional, quando citaram algumas das suas características, como o trabalho em equipe, a comunicação, a divisão de tarefas e o planejamento. Enfermeiros da APS da Noruega reconheceram que aprender as habilidades de colaboração interprofissional representa uma oportunidade significativa de melhoria da qualidade nos serviços de APS⁽⁴²⁾.

Nesse processo sistemático de construção e reconstrução da práxis ocorreram desdobramentos no contexto dos(as) enfermeiros(as), como a construção do guia para o desenvolvimento da CE junto às pessoas com DM, o qual posteriormente foi validado⁽⁴³⁾, e a implantação dos protocolos de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren/RS), por meio do Decreto Municipal nº 067/2023. Dessa maneira, apoia-se vigorosamente *designs* de estudos participativos, pela possibilidade de identificar soluções inovadoras com potencial para melhorar o tratamento centrado na pessoa com diabetes⁽⁴⁴⁾. Nessa perspectiva, é fundamentalmente importante na construção de tecnologias educativas favorecer um alto nível de envolvimento das pessoas com diabetes como parte igualmente interessada⁽⁴⁵⁾.

Portanto, verifica-se nesta pesquisa alguns pontos fortes que se assemelham a estudo anterior que também utilizou a PCA⁽⁴⁶⁾, como o fato de considerar a realidade e a experiência dos(as) participantes em seu local de trabalho, o que favorece o conteúdo e a sua exequibilidade, exprimindo a potencialidade da translação do conhecimento para a prática.

Nesse sentido, a transformação da prática gerou satisfação direta ao usuário, e consequentemente valorização profissional. Portanto, ratifica-se que nos espaços de encontro entre as pessoas, as barreiras hierárquicas implicadas na lógica biomédica são rompidas, há a democratização do saber em saúde, a resignificação ao longo de toda a trajetória e um constante movimento de ação-reflexão-ação⁽⁴⁷⁾. Acredita-se que as estratégias utilizadas nesta pesquisa que culminaram em transformações positivas no processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) da ESF possam ser adaptadas e aplicadas em outras realidades.

As limitações dessa pesquisa são creditadas a dois fatores. Não foi prevista, no desenho da pesquisa, a

participação de usuários(as), o que poderia ter triangulado o resultado trazido pelos(as) enfermeiros(as). A pesquisa desenvolvida, mesmo sendo uma PCA, não prevê a continuidade do monitoramento da CE para acompanhar a melhoria da qualidade atingida.

A escolha da análise participativa para a PCA é um avanço do conhecimento científico da enfermagem, pois possibilitou que os(as) enfermeiros(as) usassem a lente da pesquisadora. Além disso, permitir que participantes discutam e revisem os dados coletados é um avanço metodológico na pesquisa qualitativa, e neste estudo, associado à PCA, revelou-se uma possibilidade factível.

Conclusão

A Consulta de Enfermagem realizada na ESF com pessoas que têm DM foi constituída pelos(as) enfermeiros(as) por elementos que se aproximam do MACC, tais como o estabelecimento de vínculo junto aos usuários, a responsabilização, o cuidado longitudinal, e a abordagem social e familiar. Entretanto, distanciaram-se dos pressupostos deste modelo quando houve uma compreensão limitada do modelo de atenção, além da postura profissional de culpabilização do usuário e das fragilidades na aplicação do processo de enfermagem com as pessoas que têm DM. Esses elementos que retrataram a necessidade de mudança na prática assistencial foram o ponto de partida para subsidiar o processo educativo desenvolvido junto aos(as) participantes por meio da PCA.

A Pesquisa Convergente Assistencial se desenvolveu por um longo tempo, e permitiu promover um processo de ação-reflexão-ação com resultados positivos para a translação do conhecimento, como: enfermeiros sensibilizados e com vontade de mudança, interessados no aprofundamento teórico e prático do MACC e do PE, e colaborativos para a construção e a implantação de instrumentos e tecnologias que favorecessem o processo de trabalho (protocolo e guia). Percebe-se, então, que as transformações ocorridas beneficiam os usuários e contribuem para a qualificação da assistência de enfermagem na ESF. Assim, pesquisas que mostram esse comprometimento em articular teoria e prática são relevantes na área da Enfermagem, pois rompem com a ideia utilitarista de pesquisa e, de fato, promovem mudanças e trazem inovações para o setor da saúde.

Agradecimentos

Agradecemos à enfermeira mestre Bárbara Belmonte Bedin pela colaboração na fase de coleta de dados.

Referências

1. World Health Organization. The Global Health Observatory [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Nov 15]. 96 p. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10. ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cited 2023 Nov 15]. 141 p. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
3. Tonaco LAB, Velasquez-Melendez G, Moreira AD, Andrade FCD, Malta DC, Felisbino-Mendes MS. Awareness of the diagnosis, treatment, and control of diabetes mellitus in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57(1):1-13. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005167>
4. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2022;399(10331):1266-78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02347-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02347-3)
5. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica – Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2020 [cited 2023 Nov 18]. 88 p. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/8023/>
6. El-Berri H, Gedik FG, Belkhadir J, Catton H, Hammerich A, Oweis A, et al. Tackling diabetes: how nurses can make the difference. *East Mediterr Health J*. 2020;26(11):1318-9. <https://doi.org/10.26719/2020.26.11.1318>
7. World Health Organization. The nurse and diabetes: Report by the International Council of Nurses for World Diabetes Day 2020 [Internet]. Cairo: WHO/EMRO; 2020 [cited 2023 Nov 18]. Available from: <https://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/world-diabetes-day/world-diabetes-day-2020.html>
8. Costa KFL, Vieira AN, Bezerra STF, Silva LF, Freitas MC, Guedes MVC. Nursing theory for patients' compliance with the treatments of arterial hypertension and diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200344. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0344>
9. Harcke K, Graue M, Skinner TC, Olsson CB, Saleh-Stattn N. Making prediabetes visible in primary health care: a qualitative study of health care professionals' perspectives. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):266. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02230-2>
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2023 Nov 18]. 515 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
11. Silva e Lima SG, Spagnuolo RS, Juliani CMC, Colichi RMB. Nursing consultation in the Family Health Strategy and the nurse's perception: grounded theory. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20201105. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1105>
12. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):5-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>
14. Spradley J. Participant observation. New York, NY: Rinehart and Winston; 1980. 195 p.
15. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406 p.
16. Trentini M, Paim L, Silva DMG. O processo convergente assistencial. In: Trentini M, Paim L, Silva DMG, editors. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 112-23.
17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
18. Lima JJ, Miranda KCL, Cestari VRF, Pessoa VLMP. Art in evidence-based nursing practice from the perspective of Florence Nightingale. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20210664. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0664>
19. Freire P. Extensão ou comunicação? 15. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011. 65 p.
20. Onocko-Campos RT. Talk to them! the interpretative work and the production of consensus in qualitative health research: innovations from participatory design. *Physis*. 2011;21(4):1269-86. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>
21. Furtado JP, Onocko-Campos RT. Participation, knowledge production, and evaluative research: participation by different actors in a mental health study. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2671-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100022>

22. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 Jun 13 [cited 2023 Mar 06]; seção 1:59. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
23. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 Apr 07 [cited 2023 Nov 15];98(seção 1):44-6. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
24. Stacherl B, Sauzet O. Chronic disease onset and wellbeing development: longitudinal analysis and the role of healthcare access. *Eur J Public Health*. 2024;34(1):29-34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad167>
25. Allory E, Scheer J, Andrade V, Garlantézec R, Gagnayre R. Characteristics of self-management education and support programmes for people with chronic diseases delivered by primary care teams: a rapid review. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):46. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02262-2>
26. Matrook KA, Cowman S, Pertl M, Whitford D. Nurse-led family-based approach in primary health care for patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2024;19(1):2323060. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2323060>
27. Senanayake S, Barnett A, Brain D, Allen M, Powell EE, O'Beirne J, et al. A discrete choice experiment to elicit preferences for a chronic disease screening programme in Queensland, Australia. *Public Health*. 2024;228:105-11. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.007>
28. Goh LH, Szücs A, Siah CJR, Lazarus MA, Tai ES, Valderas JM, et al. Patient perspectives of diabetes care in primary care networks in Singapore: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1445. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10310-3>
29. Leyns CC, Memelink DS, Bullinga L, Maeseneer J, Willems S, Melssen CC. Integrated person- and people-centred primary care for diabetes in low- and middle-income countries: The nurses' perspective on patient needs. *J Adv Nurs*. 2023;79(10):4044-57. <https://doi.org/10.1111/jan.15760>
30. Gallagher KA, Mills JL, Armstrong DG, Conte MS, Kirsner RS, Minc SD, et al. Current status and principles for the treatment and prevention of diabetic foot ulcers in the cardiovascular patient population: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(4):232-53. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001192>
31. Silva TG, Santana RF, Dutra VF, Souza PA. Nursing process implantation in mental health: a convergent-care research. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20190579. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>
32. Claus MIS, Maia EBS, Oliveira AIB, Ramos AL, Dias PL, Wernet M. The insertion of play and toys in Pediatric Nursing practices: A convergent care research. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200383. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>
33. Chen TT, Su WC, Liu MI. Patient-centered care in diabetes care-concepts, relationships and practice. *World J Diabetes*. 2024;15(7):1417-29. <https://doi.org/10.4239/wjd.v15.i7.1417>
34. Spicer JG, Zhao P, Reynicke N, Larkin N, Barber MM. Engaging Asian patients with diabetes in an intensive 12-week pulsed intervention: mixed method research study. *Nurs Econ*. 2022;40(2):87-97. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=156472702&lang=pt-br&site=ehost-live>
35. Paes RG, Mantovani MDF, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Effects of educational intervention on health literacy and knowledge about diabetes: a quasi-experimental study. *Esc Anna Nery*. 2022;26(1):e20210313. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>
36. Bezerra TV, Dias IKR. Satisfaction of primary health care nursing with permanent education. *Rev Baiana Saude Publica*. 2022;46(2):104-21. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3627>
37. Holloway D, James S, Ekinci E, Craft J. Systematic review of the effectiveness of nurse-led care in reducing glycated haemoglobin in adults with Type 1 or 2 diabetes. *Int J Nurs Pract*. 2023;29(6):e13135. <https://doi.org/10.1111/ijn.13135>
38. Freire P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 74. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2019. 76 p.
39. Assad SGB, Valente GSC, Santos SCPD, Cortez EA. Training and practice of nurses in Primary Care management: perspectives of Schön's Theory. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20200461. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0461>
40. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN no 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União. 2024 Jan 17 [cited 2023 Nov 15];16(seção 1):74 p. Available from: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Resolucao-736-2024.pdf>
41. Rodríguez-Suárez CA, Torre HG, Luis MNH, Fernández-Gutiérrez DÁ, Martínez-Alberto CE, Brito-Brito PR. Effectiveness of a standardized nursing process using NANDA International, nursing interventions classification and nursing outcome classification terminologies: a

- systematic review. *Healthcare*. 2023;11(17):2449. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172449>
42. Kolltveit BCH, Oftedal BF, Thorne S, Lomborg K, Graue M. Experiences of an interprofessional follow-up program in primary care practice. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):238. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10706-9>
43. Bedin BB, Adamy EK, Girardon-Perlini NMO, Dias EFR, Corsini LMCS, Schimith MD. Validation of a guide for nursing consultations to adults with type 2 Diabetes Mellitus. *Rev Enferm UFSM*. 2023;13:E42:1-15. <https://doi.org/10.5902/2179769284158>
44. Catapan SC, Silva CV, Bird D, Janda M, Gray L, Maunder L, et al. Working together to improve type 2 diabetes care: a participatory design project to address identified needs of people with diabetes and their health-care professionals. *Can J Diabetes*. 2024;48(4):250-8.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2024.02.001>
45. Sapre M, Elaiho CR, Prayaga RB, Prayaga R, Constable J, Vangeepuram N. The development of a text messaging platform to enhance a youth diabetes prevention program: observational process study. *JMIR Form Res*. 2024;8:e45561. <https://doi.org/10.2196/45561>
46. Muniz EA, Queiroz MVO, Pinheiro PNC, Silva MRF, Moreira TMM, Oliveira EN, et al. School Nursing Guide for student health promotion: construction and validity. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20220260. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0260>
47. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBN, Durand MK. Reflections on Paulo Freire's research itinerary: contributions to health. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e0680017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser

responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Silvana de Oliveira Silva, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Teresinha Heck Weiller, Maria Denise Schimith.

Contribuições específicas

Supervisão e gestão do projeto: Maria Denise Schimith.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 16.06.2024

Aceito: 18.09.2024

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Maria Denise Schimith

E-mail: maria-denise-schimith@ufsm.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4867-4990>